

Desnutrição em idosos: Causas sociais, fisiológicas e estratégias de intervenção em contextos comunitários

Ariane Alves de Oliveira

RESUMO

O presente estudo, estruturado como revisão bibliográfica crítica da produção científica brasileira sobre desnutrição em idosos, objetiva sintetizar causas fisiológicas e determinantes sociais, além de avaliar estratégias de intervenção em contextos comunitários, a análise integra evidências sobre alterações metabólicas e sensoriais do envelhecimento, o significado de comorbidades e polifarmácia, e as condicionantes econômicas, de rede de apoio e de acesso a alimentos, foram priorizadas pesquisas realizadas em atenção primária e em instituições de longa permanência, os resultados mostram que a desnutrição é fenômeno multifatorial cuja prevenção e reversão demandam intervenções multidimensionais que combinem triagem rotineira, educação alimentar adaptada, suplementação orientada, estímulo à atividade física e articulação intersetorial para assegurar segurança alimentar e suporte domiciliar, enfatiza-se que ações comunitárias que promovam convivência, refeições coletivas e visitas domiciliares multiprofissionais tendem a reduzir risco nutricional e melhorar parâmetros funcionais, conclui-se que políticas públicas sustentadas e protocolos padronizados de vigilância nutricional são imprescindíveis para reduzir vulnerabilidades e preservar autonomia e qualidade de vida na velhice.

Palavras-chave: Desnutrição. Idosos. Atenção Primária. Segurança Alimentar. Intervenção Comunitária.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro revela um avanço consistente da proporção de pessoas idosas na estrutura social, esse quadro resulta de melhorias graduais em saneamento, imunização, acesso a medicamentos e acompanhamento em saúde, contudo, o prolongamento da vida cronológica não tem sido acompanhado, de forma equitativa, por condições plenas de bem-estar, autonomia funcional e segurança alimentar, o que torna a desnutrição um marcador crítico de vulnerabilidade em faixas etárias avançadas, configurando-se como um fenômeno que afeta o corpo, o humor, a cognição, a capacidade de se movimentar e de permanecer socialmente inserido, transformando-se, assim, em questão prioritária de saúde pública (Silva *et al.*, 2020).

A desnutrição em idosos pode ser compreendida como um estado de desequilíbrio entre as necessidades metabólicas e o aporte calórico e proteico disponível, desequilíbrio que se manifesta, por exemplo, na perda de massa muscular, na redução de força, no emagrecimento involuntário e em alterações imunológicas que ampliam o risco de infecções, internações e mortalidade, no entanto, esse mesmo quadro raramente é percebido como urgência clínica pela família e, muitas vezes, sequer é reconhecido no nível comunitário, onde o idoso vive fora de instituições e sem vigilância diária contínua de profissionais de saúde, o que retarda intervenções e agrava desfechos (Oliveira *et al.*, 2022).

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento provoca modificações no olfato, no paladar, na mastigação, na deglutição e na motilidade gastrintestinal, diminuindo o prazer alimentar e a eficiência digestiva, ao mesmo tempo em que condições crônicas como diabetes, doença cardiovascular, demência e doença de Parkinson podem levar a cansaço, apatia, apetite reduzido ou dependência de terceiros para se alimentar, cenário que contribui para perda ponderal progressiva e silenciosa, que muitas vezes só é percebida quando já há risco nutricional instalado, e que se relaciona com maior declínio funcional e maior dependência para as atividades básicas da vida diária (Silva *et al.*, 2015).

Além das transformações orgânicas próprias do envelhecimento, a desnutrição em idosos precisa ser analisada sob a lente social, pois o acesso à alimentação adequada é condicionado por renda, escolaridade, suporte familiar e inserção comunitária, idosos com baixa renda e baixa escolaridade tendem a consumir dietas monotônicas, de baixo teor proteico e reduzida densidade nutricional, marcadas por alimentos ultraprocessados baratos e pouca variedade de frutas, verduras e fontes qualificadas de proteína, quadro que se intensifica quando o idoso mora sozinho, apresenta mobilidade limitada para compras e preparo de refeições ou perdeu o cônjuge que desempenhava a responsabilidade de cuidador alimentar cotidiano, criando um ciclo de insegurança alimentar e desnutrição que não se explica unicamente por falta de apetite, mas por exclusão social e material (Oliveira *et al.*, 2021).

É necessário observar que o risco nutricional no envelhecimento não está restrito ao ambiente hospitalar ou institucional, pois mesmo idosos que vivem em casa e que frequentam unidades de Atenção Primária à Saúde demonstram indicadores de desnutrição, com baixa ingestão proteica, emagrecimento não intencional e sinais precoces de sarcopenia, associações que, segundo pesquisas em serviços municipais de saúde, relacionam-se de modo direto com fatores socioeconômicos e funcionais, como renda insuficiente, baixa escolaridade, sedentarismo e percepção negativa do próprio estado de saúde, revelando que a desnutrição não é um evento isolado, mas um marcador de desigualdade que se expressa na velhice (Oliveira *et al.*, 2022).

No espaço institucional, como em instituições de longa permanência, observam-se taxas elevadas de risco de desnutrição e de desnutrição instalada, realidade associada a perda de peso não intencional, declínio cognitivo e maior dependência para alimentação, de forma que idosos com menor autonomia funcional e com quadros demenciais apresentam perfil de risco nutricional mais grave, exigindo vigilância sistemática e intervenções contínuas por equipes multiprofissionais, pois a ausência de monitoramento estruturado agrava quadros clínicos, prolonga internações e antecipa perda de independência (Damo *et al.*, 2018).

A perda de peso involuntária no idoso, muitas vezes interpretada pela família como um sinal natural da idade, constitui alerta clínico importante, pois emagrecimento não planejado, especialmente quando associado a diminuição de força, alteração de humor, sonolência excessiva, apatia e queda de interesse por atividades cotidianas, pode ser indicativo não só de baixa ingestão calórico-proteica, mas de processos

depressivos, isolamento social, dor crônica, polifarmácia, disfagia, alterações cognitivas e doenças de base, exigindo abordagem precoce e integrada na Atenção Primária (Sardinha *et al.*, 2024).

A dimensão emocional e relacional do cuidado alimentar merece atenção especial, pois idosos em sofrimento psíquico, tristeza persistente, luto recente ou solidão crônica tendem a comer menos, a preparar refeições menos completas e a reduzir rotinas de hidratação, situação que intensifica risco de desnutrição, sobretudo entre aqueles que perderam vínculos familiares e vivem em contextos comunitários frágeis, nos quais o suporte cotidiano de vizinhos, agentes comunitários e equipes da Atenção Primária se torna decisivo para identificar sinais de risco e acionar estratégias de apoio alimentar e acompanhamento sistemático (Oliveira *et al.*, 2021).

Sob a perspectiva da gestão em saúde, estudos recentes em redes municipais mostram que a vigilância nutricional de idosos em território, articulada com visitas domiciliares, acompanhamento antropométrico regular e suporte educativo alimentar individualizado, tende a reduzir desfechos adversos como internações por desnutrição, quedas e piora funcional acelerada, reforçando a importância da atenção básica como porta de identificação precoce, prevenção e intervenção continuada em nutrição geriátrica no nível comunitário (Sardinha *et al.*, 2024).

Do ponto de vista científico e assistencial, existe consenso de que a desnutrição em idosos gera consequências diretas sobre a morbimortalidade e sobre o custo dos sistemas públicos e filantrópicos de cuidado, visto que idosos desnutridos apresentam maior tempo de internação hospitalar, recuperação mais lenta, maior incidência de úlceras por pressão, maior risco de infecções e pior capacidade de cicatrização, traduzindo impacto clínico e financeiro significativo sobre serviços de saúde municipais e sobre instituições de longa permanência, que precisam redistribuir recursos humanos e financeiros para demandas que poderiam ter sido mitigadas por acompanhamento prévio mais próximo (Damo *et al.*, 2018).

Ao mesmo tempo, autores que analisam programas e intervenções realizados em atenção comunitária e em serviços de base territorial descrevem que ações educativas personalizadas, suplementação direcionada, incentivo à ingestão proteica qualificada, estímulo a hábitos alimentares culturalmente aceitáveis e combinados com atividades físicas adaptadas à capacidade funcional do idoso conseguem melhorar massa muscular, força e autonomia, sobretudo quando aplicadas por equipes multiprofissionais e mantidas de forma sistemática em vez de episódica, indicando que a intervenção nutricional eficaz no envelhecimento precisa ser planejada, executada e monitorada em continuidade, e não como medida pontual (Fauro *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar a desnutrição em idosos sob três eixos complementares, primeiro, descrever as causas fisiológicas ligadas ao processo de envelhecimento, como perda de massa magra, alterações do apetite e presença de doenças crônicas, segundo, examinar os determinantes sociais e econômicos que intensificam o risco nutricional no idoso em contexto comunitário,

como baixa renda, isolamento social, luto, depressão e insegurança alimentar, terceiro, discutir estratégias de intervenção e acompanhamento contínuo em saúde coletiva e Atenção Primária que visem prevenção, monitoramento e reabilitação nutricional desse público, destacando modelos de cuidado multiprofissional e comunitário que demonstraram eficácia em serviços públicos brasileiros.

Justifica-se este estudo pela urgência de compreender a desnutrição em idosos como fenômeno clínico e social inseparável, que ultrapassa a dimensão biológica da perda de peso e se projeta sobre autonomia, dignidade, funcionalidade e capacidade de permanência do idoso no território, reforçando que o cuidado nutricional geriátrico não pode ser reduzido a prescrição dietética isolada, mas deve integrar suporte emocional, vigilância comunitária, políticas públicas de segurança alimentar e práticas interdisciplinares contínuas em saúde coletiva, uma vez que preservar o estado nutricional do idoso significa preservar sua independência, sua chance de permanecer ativo e sua qualidade de vida na velhice (Mercenas et al., 2020).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CAUSAS FISIOLÓGICAS DA DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS

O processo de envelhecimento comporta mudanças corporais e metabólicas que reduzem a reserva funcional e alteram a homeostase energética, essas transformações incluem perda progressiva de massa magra, redução da taxa metabólica basal, alterações da composição corporal com aumento relativo da gordura e queda de força muscular, fatores que diminuem a capacidade de manter massa corporal e resposta anabólica após ingesta protéica, situação que predispõe ao quadro de desnutrição e sarcopenia quando combinada com doenças crônicas e menor ingestão alimentar (Silva et al., 2015).

A dimensão sensorial do envelhecimento influencia diretamente a ingestão alimentar, pois alterações no olfato e paladar reduzem o prazer em comer, problemas dentários e próteses mal ajustadas comprometem mastigação, e a presença de disfagia impõe risco de aspiração e evita alimentos com textura mais rica em nutrientes, reduzindo a variedade e densidade energética da dieta do idoso, o que, quando persistente, culmina em perda de peso não intencional e piora do estado nutricional (Damo et al., 2018).

Doenças crônicas prevalentes na velhice, como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, câncer e demências, provocam carga inflamatória, anorexia associada à doença e gasto energético alterado, mecanismo que pode conduzir a catabolismo proteico e hipoalbuminemia, marcadores estes que se associam a maiores taxas de hospitalização e mortalidade em populações geriátricas, exigindo identificação precoce e manejo integrado por equipes multiprofissionais (Oliveira et al., 2022).

A polifarmácia é causa iatrogênica relevante para perda de apetite e alterações digestivas, muitos fármacos comuns em idosos, incluindo antidepressivos, anticolinérgicos, diuréticos e anti-hipertensivos,

promovem náuseas, constipação, xerostomia e alteração do paladar, efeitos adversos que reduzem ingestão e adesão à dieta, motivo pelo qual a revisão farmacológica constitui componente importante da avaliação nutricional geriátrica (Fauro *et al.*, 2022).

A redução da capacidade funcional, traduzida por fragilidade e limitações nas atividades básicas da vida diária, impacta diretamente o preparo de alimentos e a realização de compras, quando o idoso depende de terceiros para esses atos cotidianos, a frequência e a qualidade das refeições diminuem, aumentando a chance de ingestão inadequada de macro e micronutrientes, situação que requer articulação com serviços sociais e de atenção primária para garantir suporte alimentar domiciliar (Mercenas *et al.*, 2020).

Alterações endócrinas e metabólicas específicas do envelhecimento, como resistência insulínica leve, alterações na secreção de hormônios anabólicos e alteração no eixo hipotálamo-hipófise, influenciam a regulação do apetite e do balanço proteico, essa condição favorece perda progressiva de massa magra mesmo na presença de ingestão calórica que seria considerada adequada para indivíduos mais jovens, evidenciando a necessidade de metas proteicas ajustadas à idade e ao estado funcional (Silva *et al.*, 2015).

Processos inflamatórios crônicos de baixo grau, frequentemente presentes em idosos com comorbidades e infecções subclínicas, elevam o catabolismo proteico e reduzem a eficácia da nutrição oral, o que torna a desnutrição um problema multifatorial onde a simples suplementação calórica sem controle da inflamação tende a ser insuficiente, daí a importância de avaliação clínica ampla antes de definir intervenções nutricionais (Oliveira *et al.*, 2021).

Condições neurológicas e cognitivas, incluindo demência e transtornos depressivos, interferem na capacidade de reconhecer fome, planejar refeições, executar o gesto alimentar e comunicar dificuldades como disfagia, quando associadas a perda de autonomia eleva-se o risco de ingestão insuficiente e de desnutrição progressiva, exigindo estratégias que combinem estímulo alimentar, supervisão e adaptações na textura e apresentação dos alimentos (Sardinha *et al.*, 2024).

A presença de diarréias crônicas, síndromes de má absorção e alterações do trânsito intestinal, ainda que menos frequentes que as causas mencionadas, contribuem para perdas de nutrientes e líquidos, em especial em idosos com polipatologia e uso contínuo de medicamentos gastrointestinais, razão pela qual a investigação laboratorial dirigida e a monitorização da hidratação e de eletrólitos fazem parte da avaliação do idoso desnutrido (Damo *et al.*, 2018).

A capacidade de resposta anabólica ao estímulo proteico diminui com a idade, fenômeno que exige maior oferta proteica por refeição para manutenção ou ganho de massa magra, intervenções que considerem distribuição proteica ao longo do dia e suplementação com aminoácidos essenciais têm mostrado eficácia para reverter perda muscular associada à desnutrição, contudo, essas estratégias dependem de adesão e de avaliação clínica individualizada (Fauro *et al.*, 2022).

Comprometimento imunológico e maior suscetibilidade a infecções em idosos desnutridos criam um

ciclo vicioso onde a doença aguda precipita piora nutricional e a desnutrição, por seu turno, amplifica a gravidade e duração das infecções, cenário que aumenta risco de internação e mortalidade, reforçando a necessidade de estratégias preventivas em nível comunitário que reduzam exposição a fatores de risco e melhorem vigilância clínica (Oliveira *et al.*, 2022).

A heterogeneidade biológica entre idosos implica que intervenções nutricionais devem ser personalizadas, levando em conta comorbidades, preferências alimentares, capacidade funcional, suporte social e objetivos de cuidado, abordando a desnutrição como condição reversível em muitos casos quando a intervenção é precoce, multidimensional e sustentada no tempo (Silva *et al.*, 2015).

2.2 DETERMINANTES SOCIAIS E ECONÔMICOS DA DESNUTRIÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

A insegurança alimentar entre idosos emerge como determinante social central para a desnutrição, quando recursos financeiros são insuficientes para aquisição regular de alimentos in natura e proteínas de alto valor biológico, o padrão dietético tende a privilegiar calorias de baixo custo e baixa densidade nutricional, realidade que se manifesta com maior intensidade em populações com baixa escolaridade e com renda limitada, e que exige políticas públicas de transferência de renda e de acessibilidade alimentar visando corrigir déficits nutricionais em nível territorial (Oliveira *et al.*, 2021).

O isolamento social e a solidão representam fatores correlatos à diminuição da ingestão alimentar, muitos idosos que vivem sozinhos perdem a rotina de refeições compartilhadas, a motivação para cozinhar reduz, e a logística do abastecimento doméstico torna-se complexa, condição que está associada a maior frequência de risco nutricional e necessidade de intervenções comunitárias que promovam convivência, refeições comunitárias e redes de apoio voluntário (Sardinha *et al.*, 2024).

A fragilidade das redes familiares e a substituição de cuidadores informais por rotinas de trabalho urbano implicam que muitos idosos ficam desassistidos em atividades de compra e preparo de alimentos, daí a importância de programas municipais que articulem agentes comunitários de saúde, centros de convivência e serviços de apoio domiciliar para assegurar segurança alimentar e monitoramento nutricional regular, medidas que demonstraram impacto positivo quando integradas à atenção primária (Mercenas *et al.*, 2020).

As barreiras de mobilidade e o acesso físico limitado aos pontos de venda de alimentos influenciam a qualidade da dieta do idoso, a falta de transporte público acessível, calçadas inadequadas e distância até mercados ou feiras desencorajam compras regulares de alimentos frescos, favorecendo o consumo de alimentos industrializados com maior tempo de prateleira e menor valor nutricional, contexto que precisa ser enfrentado por planejamento urbano sensível ao envelhecimento populacional (Fauro *et al.*, 2022).

A experiência educacional e a alfabetização em saúde condicionam escolhas alimentares, idosos com

menor escolaridade tendem a ter menos informação sobre densidade nutricional, preparação adequada de alimentos e estratégias para manter ingestão proteica adequada, daí o valor de ações educativas adaptadas ao repertório cultural e cognitivo do idoso, realizadas em linguagem acessível e com demonstrações práticas em locais de convívio comunitário (Oliveira *et al.*, 2022).

A violência econômica e restrições orçamentárias familiares, especialmente em arranjos onde jovens adultos também enfrentam desemprego, fazem com que a alocação doméstica priorize demandas imediatas, reduzindo a regularidade de compras de alimentos nutritivos para idosos, situação observada em estudos municipais onde baixa renda correlaciona-se com maior prevalência de desnutrição, ressaltando a necessidade de políticas intersetoriais que conciliem proteção social e saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

As normas culturais relativas a função do idoso na família influenciam disponibilidade de cuidados alimentares, em culturas onde o idoso é valorizado e integrado às práticas familiares, observa-se maior probabilidade de refeições regulares e fornecimento de alimentos adequados, já em contextos de desvalorização ou estigmatização do envelhecimento, a negligência alimentar eleva o risco de desnutrição, fato que deve ser considerado nas estratégias de intervenção comunitária que promovam valorização social da velhice (Silva *et al.*, 2020).

O acesso aos serviços de saúde e a cobertura efetiva da Atenção Primária à Saúde determinam a capacidade de identificação precoce do risco nutricional, áreas com baixa cobertura apresentam menor oportunidade de detecção de perda ponderal e, consequentemente, menor encaminhamento para intervenções, por isso a integração entre vigilância nutricional, visitas domiciliares e ações socioassistenciais é base para reduzir lacunas de atendimento em territórios vulneráveis (Sardinha *et al.*, 2024).

A estigmatização ligada à dependência, quando o idoso evita solicitar ajuda por receio de ser oneroso à família, contribui para autoisolamento e redução do cuidado alimentar, estratégia que é agravada por déficits de políticas públicas que ofereçam alternativas de suporte que preservem autonomia e dignidade, indicando que programas de assistência precisam combinar apoio material com ações que reforcem autoestima e participação social (Damo *et al.*, 2018).

A condição habitacional e a infraestrutura doméstica interferem no preparo alimentar, lares com cozinha inadequada, ausência de equipamentos básicos e armazenamento insuficiente de alimentos frescos limitam a capacidade de manter dieta nutritiva, intervenção que melhore infraestrutura domiciliar e ofereça soluções comunitárias de preparo de refeições pode mitigar esse determinante social da desnutrição (Mercenas *et al.*, 2020).

A organização das políticas alimentares locais, incluindo oferta de refeições em centros comunitários, programas de entrega domiciliar e inclusão do idoso em programas de merenda ou cestas básicas adaptadas, mostra-se eficaz quando planejada com base nas necessidades nutricionais da população idosa, programas esses que devem contemplar qualidade proteica, diversidade de micronutrientes e

preferências culturais para garantir adesão e eficácia (Fauro *et al.*, 2022).

A combinação de determinantes sociais renda, isolamento, acesso a serviços, cultura alimentar, infraestrutura e políticas setoriais cria um mosaico de vulnerabilidade que torna a desnutrição em idosos um problema essencialmente social, destinando-se a resposta não só ao setor saúde, mas a arranjos intersetoriais capazes de promover inclusão, segurança alimentar e suporte contínuo no território (Oliveira *et al.*, 2021).

2.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTOS COMUNITÁRIOS

A atenção primária à saúde desempenha função central na prevenção e detecção precoce da desnutrição em idosos, práticas como triagem nutricional rotineira com instrumentos validados, monitorização periódica de peso e circunferência da panturrilha e protocolos de encaminhamento estruturados para equipe multiprofissional são medidas que permitem agir antes de instalação de quadro grave, integrando clínicos, nutricionistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Programas de educação alimentar dirigidos ao idoso e aos cuidadores, quando realizados em linguagem acessível e com demonstrações práticas, incrementam conhecimento sobre fontes proteicas acessíveis, preparo de refeições de alta densidade nutricional e estratégias para aumentar a ingestão proteica em pequenas porções ao longo do dia, ações estas que têm se mostrado eficazes para elevar consumo de proteínas e melhorar parâmetros antropométricos em intervenções comunitárias (Fauro *et al.*, 2022).

Suplementação nutricional orientada, incluindo suplementos proteico-calóricos e enriquecimento de refeições, tem lugar entre as estratégias para idosos em risco ou com desnutrição moderada, contudo, para ser eficaz, a suplementação deve ser combinada com avaliação clínica, revisão farmacológica e estímulo à manutenção da ingestão alimentar habitual, evitando soluções isoladas que não abordem causas subjacentes da redução de ingestão (Damo *et al.*, 2018).

Intervenções que promovem convivência e alimentação coletiva, como refeitórios comunitários e grupos de almoço em centros de convivência do idoso, produzem benefício duplo ao fornecer refeição nutritiva e ao reduzir o isolamento social, sendo essas ações particularmente úteis para idosos que vivem sozinhos e apresentam dificuldade de preparo de alimentos, além de funcionarem como ponto de contato para monitorização e encaminhamentos em saúde (Sardinha *et al.*, 2024).

A inclusão de atividade física adaptada, com foco em resistência e estímulo de força, favorece a preservação da massa magra e a sensibilização anabólica ao estímulo proteico, programas combinados de exercício e suporte nutricional apresentam maior ganho funcional que intervenções isoladas, por isso recomenda-se que políticas públicas e ações comunitárias integrem oferta de atividades físicas acessíveis para idosos com variados níveis funcionais (Silva *et al.*, 2015).

A capacitação de equipes da atenção básica e de agentes comunitários em reconhecimento de sinais

precoces de desnutrição, manuseio de instrumentos de triagem e condução de intervenções simples domiciliares amplia a cobertura e efetividade das ações, treinamento contínuo e protocolos claros de atuação resultam em identificação precoce e em encaminhamentos mais rápidos para nutricionistas e serviços especializados (Oliveira *et al.*, 2021).

A articulação entre serviços sociais e de saúde, por meio de fluxos que garantam transferência de renda, cestas alimentares complementares e visitas domiciliares regulares, demonstra maior impacto na redução de risco nutricional do que ações esparsas, essa integração exige governança local, financiamento estável e monitoramento de indicadores que permitam ajustes contínuos de acordo com resultados observados em território (Mercenas *et al.*, 2020).

A adaptação de texturas e métodos de apresentação alimentar para idosos com disfagia ou dificuldades mastigatórias aumenta a segurança e a ingestão, a modulação de consistências, uso de alimentos enriquecidos e atenção à harmonia sensorial das refeições são estratégias aplicáveis em domicílio ou em instituições e que facilitam ingestão adequada sem reduzir a dignidade do idoso, sendo importante capacitar cuidadores e profissionais sobre essas técnicas (Fauro *et al.*, 2022).

Modelos de visita domiciliar que combinam avaliação nutricional, revisão medicamentosa, orientações de cuidadores e provisão de suplementos quando necessário, se mostram efetivos em reverter perda de peso em contextos comunitários, pois abordam simultaneamente causas biológicas, sociais e ambientais, exigindo identificação de idosos em risco por parte da atenção primária e encaminhamento a equipes capacitadas (Oliveira *et al.*, 2022).

O uso de tecnologias simples, como registro eletrônico de peso e alertas automatizados em prontuário da Atenção Primária, facilita o acompanhamento longitudinal do estado nutricional, possibilitando ações proativas quando há tendência de perda ponderal, tecnologia essa que deve ser acompanhada de treinamento e de processos que garantam ação humana rápida diante do alerta (Sardinha *et al.*, 2024).

Parcerias com organizações da sociedade civil, igrejas e redes de voluntariado ampliam a capacidade de alcance de programas alimentares e de convivência, essas parcerias podem fornecer logística de entrega de refeições, acompanhamento social e mobilização comunitária, estratégias que se mostram especialmente relevantes em áreas com serviços públicos limitados, exigindo coordenação e supervisão técnica para manter qualidade nutricional das ações (Damo *et al.*, 2018).

A evidencia científica disponível indica que intervenções multifacetadas, contínuas e contextualizadas ao território, que articulem atenção primária, políticas sociais e participação comunitária, alcançam melhores resultados na prevenção e reversão da desnutrição em idosos, políticas e programas devem priorizar integração, monitoramento e financiamento sustentado, garantindo que ações isoladas não substituam estratégias estruturadas de cuidado longitudinal (Oliveira *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

Este estudo configura-se como revisão bibliográfica orientada, cujo escopo metodológico foi definido para sintetizar conceitos, métodos e evidências sobre desnutrição em idosos em contextos comunitários, adotando procedimentos clássicos de pesquisa documental e análise crítica da produção científica, a escolha do formato de revisão bibliográfica decorre da necessidade de integrar resultados dispersos em diferentes bases e formatos e de construir uma base teórica que informe práticas de atenção primária e políticas públicas.

A busca de literatura foi conduzida em bases eletrônicas reconhecidas internacionalmente e nacionalmente, incluindo SciELO, BVS, PubMed e repositórios institucionais brasileiros, os descritores combinados envolveram termos em português e inglês como “desnutrição”, “idoso”, “nutrição geriátrica”, “insegurança alimentar”, “atenção primária” e “intervenção comunitária”, a estratégia privilegiou artigos empíricos, revisões e relatórios técnicos publicados até 2024, limitada à produção brasileira quando pertinente para garantir contextualização nacional.

Foram estabelecidos critérios explícitos de inclusão e exclusão para assegurar relevância e qualidade das fontes, incluíram-se estudos que abordassem causas fisiológicas e sociais da desnutrição em populações idosas, estudos de intervenção em nível comunitário e revisões que discutissem estratégias de atenção primária, excluíram-se relatos opinativos sem metodologia clara, artigos que não apresentassem dados empíricos ou análises sistemáticas e publicações com foco exclusivo em populações pediátricas ou em contextos exclusivamente hospitalares.

O processo de seleção obedeceu à leitura em etapas, iniciando pela triagem de títulos e resumos, seguida de leitura integral dos textos selecionados e posterior extração de dados padronizados, para cada estudo foram registrados autores, ano, desenho metodológico, amostra, instrumentos de avaliação nutricional, principais achados e limitações, esse procedimento procurou minimizar vieses de seleção e permitir comparações entre estudos heterogêneos (Gil, 2010).

A avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos seguiu princípios de análise documental e critérios epistemológicos clássicos, considerando validade interna, clareza na descrição de métodos, adequação de instrumentos de triagem nutricional e coerência entre objetivos e conclusões, quando aplicável utilizaram-se instrumentos de avaliação da qualidade, o propósito foi ponderar força da evidência antes de incorporar os achados ao texto (Lakatos & Marconi, 2017).

A extração de dados foi realizada por dois revisores de forma independente, com confronto e resolução de discordâncias por consenso, a padronização do formulário de extração incluiu campos para determinantes sociais, fatores fisiológicos, descrição das intervenções e resultados, esse procedimento buscou reduzir erros de transcrição e aumentar a confiabilidade do resumo descritivo e analítico (Gil, 2010).

A formulação dos resultados adotou abordagem narrativa e temática, organizando evidências em

eixos conceituais causas fisiológicas, determinantes sociais e estratégias de intervenção, cada eixo foi analisado quanto a consistência empírica, lacunas de conhecimento e implicações práticas, a opção pela estruturação narrativa decorre da heterogeneidade metodológica das fontes e da necessidade de discutir implicações para políticas e práticas na atenção primária (Lakatos & Marconi, 2017).

Foram igualmente identificadas lacunas metodológicas e oportunidades para pesquisas futuras, destacando-se a necessidade de estudos longitudinais, avaliações de custo-efetividade de intervenções comunitárias e investigação de determinantes contextuais em diferentes regiões brasileiras, essa etapa reflexiva seguiu critérios de criticidade metodológica que orientam a construção de agendas de pesquisa com rigor e relevância social (Gil, 2010).

Por fim, limites inerentes à revisão bibliográfica são reconhecidos, incluindo possível viés de publicação, heterogeneidade de instrumentos de mensuração nutricional e restrição ao acesso completo de alguns relatórios técnicos, apesar dessas limitações, a metodologia descrita privilegia rigor na seleção, na extração e na análise crítica das evidências, oferecendo subsídios teóricos e práticos para as seções subsequentes do artigo e para recomendações voltadas à Atenção Primária e às políticas comunitárias de segurança alimentar (Gil, 2010).

A análise dos dados extraídos seguiu procedimento de análise temática, iniciando-se por codificação aberta dos trechos relevantes, seguida de agrupamento em categorias analíticas que permitiram identificar padrões recorrentes e divergentes entre estudos, em seguida procedeu-se à verificação da saturação temática e à construção de matrizes cruzadas que relacionaram determinantes sociais, fatores fisiológicos e tipos de intervenção, estas matrizes subsidiaram a base narrativa ao permitir comparar força de evidência entre desenhos metodológicos distintos e detectar lacunas conceituais e empíricas passíveis de investigação futura (Lakatos & Marconi, 2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos indicam que a prevalência de risco nutricional e de desnutrição entre idosos em contextos comunitários apresenta variação considerável entre regiões e ambientes de cuidado, entretanto, as taxas encontradas em amostras domiciliares e em serviços de Atenção Primária mostram que uma parcela relevante da população idosa vive em condição vulnerável do ponto de vista nutricional, fato que exige vigilância contínua por parte das equipes locais e articulação com políticas sociais (Oliveira *et al.*, 2021).

Em instituições de longa permanência observou-se frequência elevada de desnutrição e de risco de desnutrição, associação esta robusta com perda de peso não intencional, declínio cognitivo e dependência funcional, essas constatações reforçam a necessidade de protocolos regulares de triagem, de intervenções nutricionais planejadas e de monitoramento multiprofissional para reduzir desfechos adversos e melhorar prognóstico (Damo *et al.*, 2018).

Os estudos de atenção comunitária revelam correlações claras entre indicadores socioeconômicos e estado nutricional, renda insuficiente, baixa escolaridade e dificuldades de acesso a alimentos frescos aparecem repetidamente como preditores de piora nutricional, cenário que demonstra como determinantes sociais moldam oportunidades alimentares na velhice e como a atenção primária pode atuar prevenindo agravamentos por meio de ações territoriais (Oliveira *et al.*, 2022).

Do ponto de vista fisiológico, os achados confirmam que alterações relacionadas ao envelhecimento, como perda de massa magra, redução da capacidade anabólica e estados inflamatórios de baixo grau, influenciam de maneira decisiva o balanço energético e proteico do idoso, razão pela qual intervenções dietéticas devem considerar necessidades proteicas aumentadas e metas funcionais orientadas à preservação de força e autonomia (Silva *et al.*, 2015).

Problemas sensoriais e de deglutição, disfunções odontológicas e dificuldades mastigatórias foram frequentemente relatados como mediadores da redução da ingestão alimentar, esses aspectos implicam adaptações práticas no preparo e na textura dos alimentos, além de justificar ações integradas entre odontologia, fonoaudiologia e nutrição para maximizar segurança e aceitabilidade das refeições (Silva *et al.*, 2020).

A polifarmácia e as comorbidades apresentaram valor expressivo na gênese da anorexia e em alterações digestivas que prejudicam ingestão e aproveitamento de nutrientes, nesse contexto a revisão farmacológica emerge como componente necessário das estratégias de cuidado, porque o ajuste terapêutico pode mitigar efeitos adversos que comprometem o estado nutricional (Fauro *et al.*, 2022).

As dimensões sociais da desnutrição ficaram evidentes nas análises qualitativas, onde isolamento, luto, perda de rede de suporte e barreiras de mobilidade restringem a preparação e o consumo de refeições adequadas, intervenções voltadas à promoção da convivência e ao fortalecimento de redes locais mostraram-se promissoras para recompor rotinas alimentares e recuperar ingestão em idosos vulneráveis (Sardinha *et al.*, 2024).

Em termos de eficácia das intervenções implementadas na Atenção Primária, estudos apontam que programas combinados educação alimentar, suplementação direcionada, acompanhamento domiciliar e estímulo à atividade física alcançam melhores resultados antropométricos e funcionais do que medidas isoladas, indicando que modelos integrados e continuados são mais eficazes na reabilitação nutricional geriátrica (Fauro *et al.*, 2022).

A suplementação proteico-calórica e o enriquecimento de refeições demonstraram efeito positivo quando usados de forma direcionada e monitorada, porém os resultados são mais consistentes quando a suplementação integra abordagem multidimensional que considera causas sociais e condições clínicas subjacentes, ou seja, suplementar sem tratar fatores determinantes tende a produzir ganhos limitados e de curta duração (Damo *et al.*, 2018).

Programas comunitários que incentivam refeições coletivas, centros de convivência com oferta alimentar e atividades físicas adaptadas mostraram influência benéfica sobre adesão, ingestão de proteínas e indicadores de função muscular, ações essas que também promovem repercussões psicológicas positivas ao reduzir isolamento e ao restabelecer rotina de cuidados cotidianos (Oliveira *et al.*, 2021).

A avaliação nutricional em campo recorreu a marcadores antropométricos simples e a instrumentos validados de triagem, como a MAN e medidas de circunferência, que se mostraram úteis para detecção precoce, entretanto, a heterogeneidade de critérios e a falta de padronização entre serviços dificultam comparações e apontam para a necessidade de protocolos nacionais consistentes para vigilância nutricional do idoso (Silva *et al.*, 2015).

A implementação de programas enfrenta desafios operacionais importantes, entre eles limitação de recursos humanos qualificados, rotatividade de profissionais, escassez de financiamento estável e barreiras logísticas para visitas domiciliares regulares, superar esses obstáculos exige planejamento intersetorial, capacitação contínua e mecanismos de financiamento que assegurem continuidade das ações (Mercenas et al, 2020).

As implicações para políticas públicas incluem a promoção de medidas de transferência de renda orientadas, ampliação de programas de alimentação comunitária e integração de serviços sociais com a Atenção Primária, estratégias essas que, quando coordenadas, reduzem vulnerabilidades alimentares e aumentam a capacidade de resposta local face à desnutrição (Mercenas et al, 2020).

As evidências disponíveis ainda apresentam lacunas metodológicas, notadamente escassez de estudos longitudinais, limitada avaliação de custo-efetividade de intervenções comunitárias e insuficiente detalhamento sobre aderência e sustentabilidade das ações, por isso recomenda-se priorizar pesquisas que combinem desenho longitudinal com avaliação pragmática em ambientes reais de atenção (Fauro *et al.*, 2022).

Os resultados apontam que a desnutrição em idosos é fenômeno multifatorial em que fatores fisiológicos interagem com determinantes sociais, políticas e arranjos locais de cuidado, as intervenções mais efetivas são aquelas que articulam vigilância precoce, suporte social, adequações dietéticas e ações de reabilitação funcional, implicando que respostas sustentáveis exigem integração entre saúde, assistência social e mobilização comunitária (Oliveira *et al.*, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura revela que a desnutrição em idosos se configura como um problema complexo, multicausal e sensível às contingências territoriais, exigindo leitura que articule processos biológicos, determinantes sociais e arranjos de cuidado comunitário, essa compreensão reforça a necessidade de políticas e práticas que ultrapassem a intervenção isolada e que privilegiem ações integradas e contínuas no

nível da atenção primária.

As evidências sintetizadas indicam que intervenções combinadas, que integrem triagem precoce, educação alimentar contextualizada, suplementação dirigida e atividades físicas adaptadas, apresentam maior probabilidade de reverter perdas ponderais e de melhorar força e função, logo, programas locais devem priorizar pacotes de intervenção multidimensionais em vez de medidas pontuais e desarticuladas.

Identificou-se que determinantes sociais como renda precária, isolamento, barreiras de mobilidade e infraestrutura domiciliar inadequada são motores persistentes da vulnerabilidade nutricional na velhice, ações intersetoriais que incluem transferências assistenciais, oferta de refeições comunitárias e facilitação do acesso a alimentos frescos são componentes importantes para qualquer estratégia eficaz de prevenção e reabilitação nutricional.

No âmbito clínico, torna-se imperativo incorporar a revisão farmacológica, a avaliação funcional e o manejo de condições como disfagia e depressão no conjunto das práticas voltadas ao idoso com risco nutricional, isso demanda capacitação contínua das equipes da atenção básica e protocolos claros que permitam atuação precoce e encaminhamentos eficientes para serviços especializados.

Reconhece-se limitações metodológicas na produção científica revisada, em especial a escassez de estudos longitudinais robustos e a heterogeneidade de critérios para mensuração nutricional, por isso é necessária a construção de agendas de pesquisa que priorizem desenhos longitudinais, avaliações de custo-efetividade e estudos pragmáticos em contextos reais de atenção para orientar políticas com maior precisão.

Para gestores e formuladores de políticas, recomenda-se a articulação de financiamentos estáveis que sustentem programas comunitários de alimentação e o fortalecimento da vigilância nutricional na atenção primária, além de incentivos para parcerias com organizações civis e redes de voluntariado capazes de ampliar cobertura sem perda de qualidade técnica.

A sustentabilidade das ações demanda que se combine monitoramento contínuo, capacitação, participação comunitária e avaliação de impacto, estratégias que promovam protagonismo do idoso, valorizem saberes locais e ajustem intervenções às preferências culturais, garantindo, assim, adesão e continuidade das práticas nutritivas no cotidiano das pessoas idosas.

Em última instância, enfrentar a desnutrição na velhice implica reconhecer que preservar o estado nutricional é preservar dignidade, autonomia e capacidade de participação social, dessa forma políticas e práticas devem visar indicadores biomédicos e sociais, e promover condições materiais e relacionais que permitam ao idoso envelhecer com saúde e sentido.

REFERÊNCIAS

- DAMO, C. C. et al. Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 6, p. 735-742, 2018.
- FAURO, M. U. et al. Estratégias para melhorar o estado nutricional de adultos maduros e idosos na Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, e1911830613, 2022.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- Mercenas, S. L. G., Ferreira, T. P. O., de Góis, R. M. O., & Servo, M. L. S. Caracterização das internações hospitalares de idosos no SUS em Sergipe: Estudo epidemiológico descritivo do ano de 2018. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 8(2), 9-22. 2020.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- OLIVEIRA, A. S. et al. Prevalência de desnutrição em idosos. *Revista Perspectiva*, Erechim, v. 45, n. 169, p. 141-154, 2021.
- OLIVEIRA, D. V. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos da Atenção Primária à Saúde do município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2022.
- SARDINHA, A. N. et al. Cuidado a idosos com perda de peso não intencional: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde em São Paulo, SP, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, e230478, 2024.
- SILVA, G. C. et al. Desnutrição e intervenção nutricional em idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista Salutis Scientia*, 2020.
- SILVA, J. L. et al. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 2, p. 443-451, 2015.